

FORMULARIO GRUPAL MAESTRA

PARTE 1: PATRONO

1.1 • INFORMACIÓN GENERAL DEL PATRONO

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA:		RUC:	
DIRECCIÓN:			
E-MAIL:	CIUDAD:	ZONA POSTAL:	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PATRONAL:	ACTIVIDAD DEL NEGOCIO:	TIEMPO DE ESTABLECIDO:	
PROPIETARIO:	TELÉFONO:	CELULAR:	
FECHA DE CONSTITUCIÓN DE LA SOCIEDAD:	PAÍS DONDE TRIBUTA:		
ADMINISTRADOR DEL PLAN:	TELÉFONO:	CELULAR:	
FECHA DE EFECTIVIDAD:	EMAIL DEL ADMINISTRADOR:		

POR ESTE MEDIO SOLICITO COBERTURA DE SEGURO COLECTIVA SEGÚN AQUI DESCRITO PARA LOS EMPLEADOS Y SUS DEPENDIENTES DE ESTA EMPRESA Y ACORDAMOS CUMPLIR CON TODOS LOS REQUISITOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA EMITIDA.

1.2 • INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE:		CÉDULA:	
DIRECCIÓN:			
TELÉFONO:		E-MAIL:	

PERFIL FINANCIERO • PERSONA JURÍDICA

INGRESOS ANUALES ACTIVIDAD PRINCIPAL:	MENOS DE 250 MIL US\$	250 MIL A 1 MILLÓN US\$	1 MILLÓN A 10 MILLONES US\$	MÁS DE 10 MILLONES US\$
INGRESOS ANUALES POR OTRAS ACTIVIDADES:	MENOS DE 250 MIL US\$	250 MIL A 1 MILLÓN US\$	1 MILLÓN A 10 MILLONES US\$	MÁS DE 10 MILLONES US\$

PARTE 2: TIPOS DE PÓLIZA

2.1 TIPO DE PÓLIZA QUE ESTÁ CONTRATANDO

VIDA LÍMITE ASEGURABLE _____
 SALUD LÍMITE ASEGURABLE _____
 ACCIDENTES PERSONALES LÍMITE ASEGURABLE _____

A CONTINUACIÓN SEÑALAR INSTRUCCIONES ESPECIALES EN CASO DE SOLICITAR BENEFICIOS DISTINTOS POR CLASIFICACIÓN JERÁRQUICA. MÁXIMO AUTOMÁTICO ES 2 VECES EL INGRESO ANUAL. CANTIDAD EN EXCESO DE \$50,000 REQUIERE PRUEBA DE ASEGURABILIDAD. SI SU SEGURO APLICA "POR VECES EL SALARIO" FAVOR ESPECIFICAR LO SIGUIENTE:

LÍMITE _____ GERENTES _____ VECES EL SALARIO
 LÍMITE _____ ADMINISTRATIVOS _____ VECES EL SALARIO
 LÍMITE _____ OPERATIVOS _____ VECES EL SALARIO

2.2 COLECTIVO DE SALUD LLENAR EN CASO DE ESTAR CONTRATANDO UNA PÓLIZA DE SALUD

COLECTIVO REGULAR	COLECTIVO PYME	ÁREA DE COBERTURA	LOCAL	INTERNACIONAL
SUMA ASEGURADA VIDA (SI APLICA) _____				

PARTE 3: CUESTIONARIO

3.1 INFORMACIÓN DE LOS EMPLEADOS

A. ¿CUÁNTOS EMPLEADOS, INCLUYENDO AL DUEÑO, TRABAJAN 30 HORAS O MÁS SEMANALMENTE?

B. APORTACIÓN DEL PATRONO % EMPLEADO % (SE REQUIERE UNA APORTACIÓN DE POR LO MENOS 50% DE LA PRIMA DEL PLAN MÉDICO CORRESPONDIENTE AL EMPLEADO)

C. ¿REEMPLAZA ESTE ALGÚN SEGURO COLECTIVO EXISTENTE? SÍ NO

D. ¿EXISTEN EMPLEADOS AUSENTES EN ESTE MOMENTO DEBIDO A ENFERMEDAD O RECIBIENDO BENEFICIOS POR INCAPACIDAD? EXPLIQUE: (INDIQUE NOMBRES) SÍ NO

E. ¿TIENE EMPLEADAS O DEPENDIENTES DE EMPLEADOS EMBARAZADAS? EXPLIQUE: (INDIQUE CON NOMBRES) SÍ NO

3.2 INFORMACIÓN DEL PATRONO CONTESTE LAS PREGUNTAS QUE APLIQUEN

A. ¿QUÉ ARTÍCULOS VENDEN, MANUFACTURAN O QUE SERVICIOS SE OFRECEN?

B. SI LA EMPRESA ES UN RESTAURANTE: INDIQUE PORCENTAJE DE VENTAS DE LICOR % Y PORCENTAJE DE VENTAS DE COMIDA %C. ¿RECIBE LA EMPRESA EN SU TOTALIDAD O PARCIALMENTE, FONDOS DEL GOBIERNO O FONDOS PÚBLICOS? SÍ NO**3.3 INFORMACIÓN DEL CORREDOR DE SEGUROS**

NOMBRE: _____ NÚMERO DE LICENCIA: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____ CELULAR: _____ E-MAIL: _____

PARTE 4 • MÉTODO DE PAGO

FORMA DE PAGO: ACH/ BANCARIO TARJETA DE CRÉDITO VOLUNTARIO COBRADOR

EN CASO QUE SU PAGO, SEA POR TARJETA DE CRÉDITO FAVOR COMPLETAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

BANCO: _____

NO. DE TARJETA:

MASTER CARD

VISA

VENCIMIENTO: MES: _____ AÑO: _____

FRECUENCIA DE PAGO MENSUAL

DIRECCIÓN Y DÍA DE COBRO _____

DECLARACIÓN DEL PATRONO

ACORDAMOS CONTRIBUIR CON UN MÍNIMO DEL 50% DEL COSTO DEL PLAN MÉDICO DE LOS EMPLEADOS. TAMBIÉN ACORDAMOS REMITIR A SAGICOR PANAMÁ LOS PAGOS REQUERIDOS DEL PATRONO. AQUÍ SE INCLUYE (1) NUESTRO CHEQUE POR LA CANTIDAD REQUERIDA INICIALMENTE (2) LOS FORMULARIOS DE PARTICIPACIÓN NECESARIOS Y (3) CUALQUIER EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD SOLICITADA. LOS CHEQUES SON PAGADEROS A SAGICOR PANAMÁ.

QUEDA ENTENDIDO ADEMÁS QUE ESTE SEGURO ENTRA EN VIGOR Y ES EFECTIVO A LA FECHA DE EFECTIVIDAD APROBADA POR LA COMPAÑÍA DE SEGUROS O A LA FECHA DE EFECTIVIDAD SOLICITADOS, LA QUE SEA MÁS TARDÍA AL MENOS QUE LA COMPAÑÍA HAYA EXPRESADO LO CONTRARIO EN OTRA COMUNICACIÓN. TAMBIÉN QUEDA ENTENDIDO QUE EL CORREDOR NO TIENE AUTORIDAD PARA APROBAR FECHAS DE EFECTIVIDAD NI CAMBIAR O MODIFICAR LAS COBERTURAS Y LAS CONDICIONES RELACIONADAS CON LA PÓLIZA. ENTIENDO QUE LA PÓLIZA CONTIENE LIMITACIONES DE PRE-EXISTENCIA EN LOS BENEFICIOS MÉDICOS Y LIMITACIONES EN OTROS BENEFICIOS.

FECHADO EN: _____ EL DÍA: _____ DE: _____ DEL AÑO: _____

FIRMA DEL CORREDOR DE SEGUROS_____
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL Y SELLO DE LA EMPRESA

Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá